

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

THAYS DE FATIMA CORDEIRO

**UMA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA
ENTRE 1999 E 2008**

CURITIBA

2014

THAYS DE FATIMA CORDEIRO

**UMA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA
ENTRE 1999 e 2008**

Trabalho apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Econômicas no curso de graduação em Ciências Econômicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Victor Manoel Pelaez

CURITIBA

2014

TERMO DE APROVAÇÃO

THAYS DE FATIMA CORDEIRO

UMA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA ENTRE 1999 e 2008

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Econômicas do Departamento de Economia da Universidade Federal do Paraná.

ORIENTADOR

Prof. Dr. Victor Manoel Pelaez Alvarez
Departamento de Ciências Econômicas, UFPR.

Prof^a. Dr^a Carolina Bagattolli
Departamento de Ciências Econômicas, UFPR.

Prof^a Dr Marcos Paulo Fuck
Departamento de Ciências Econômicas, UFPR.

Curitiba, 04 de Dezembro de 2014.

À Vó Eva e Vó Gilberto.

Aos meus pais José e Elisete.

Aos meus irmãos.

Ao meu padrinho Sérgio e madrinha Bernadete.

Às minhas primas Sibelly e Soraya.

Às pequenas Nathaly e Maria Eduarda.

Aos amigos, em especial as minhas amadas Renata e Vanessa.

À todos os colegas que não conseguiram chegar até aqui..

Por todo o amor, carinho, amizade, por quem sou e por tudo o que alcancei.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Senhor, pela vida, benção e proteção. Por ter iluminado o meu caminho e sustentado a minha fé ao longo desta árdua caminhada.

Um agradecimento imenso a minha família: Vó Eva e Vô Gilberto (vocês são tudo pra mim), Pai e Mãe (devo a vida a vocês), Jean e Anna (irmãos pentelhos e queridos), padrinho Sérgio e madrinha Berna, primas Sibelly e Soraya, e as pequenas Nathaly e Duda.

Um agradecimento especial aos amigos que conheci nessa caminhada e que certamente levarei para a vida. Em especial para as minhas negas Renata e Vanessa (Trio Graça).

Um agradecimento aos bons professores que encontrei pelo caminho, que me ajudaram transmitindo seu conhecimento.

De coração, meu muito obrigado a todos!

Por que Deus permite que as mães vão-se embora?

Mãe não tem limite, é tempo sem hora, luz que não apaga quando sopra o vento e chuva desaba veludo escondido na pele enrugada, água pura, ar puro, puro pensamento.

Morrer acontece com o que é breve e passa sem deixar vestígio.

Mãe, na sua graça, é eternidade.

Por que Deus se lembra - mistério profundo - de tirá-la um dia?
Fosse eu Rei do Mundo, baixava uma lei: mãe não morre nunca, mãe ficará sempre junto de seu filho e ele, velho embora, será pequenino feito grão de milho.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo mostrar o que é, e como é realizado o Programa Mãe Curitibana, bem como seus principais resultados durante o período de 1999-2008, analisar os mesmos e apresentar uma conclusão indicando se o programa resultou em uma melhora no nível mortalidade materno-infantil em Curitiba no período analisado. Este documento irá mostrar o que é o ciclo de políticas públicas e quais os métodos utilizados para avaliar o desempenho e eficácia de tais políticas.

Palavras-chave: Programa Mãe Curitibana. Políticas públicas. Mortalidade infantil.

ABSTRACT

This work aims to show what it is, and how it is conducted Mother Curitiba Programme and its main results during the period 1999-2008. The Programme is analyzed concerning its effectiveness to provide assistance to motherhood and to reduce child mortality in Curitiba. This document will show what public policies are and what methods are used to evaluate the performance and effectiveness of such policies.

Keywords: Mother Curitiba Program. Public policy. Child mortality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – SITUAÇÕES EM QUE A GESTANTE DEVE SER ENCAMINHADA AO SERVIÇO DE ALTO RISCO	26
QUADRO 2 – FATORES DE RISCO PARA O TRABALHO DE PARTO	31
GRÁFICO 1 – VINCULAÇÕES AO PROGRAMA MÃE CURITIBANA NO PERÍODO DE 2000 A 2008.....	38
GRÁFICO 2 – COEFICIENTE DE NATALIDADE POR 1000 NASCIDOS VIVOS EM CURITIBA NO PERÍODO DE 1997 A 2008	39
GRÁFICO 3 – PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES DE VIDA NA CIDADE DE CURITIBA, ANOS 1999 E 2008	48
GRÁFICO 4 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE POR MIL NASCIDOS VIVOS EM CURITIBA, PERÍODO 1979 A 2008	50
GRÁFICO 5 – RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA POR CEM MIL NASCIDOS VIVOS EM CURITIBA E BRASIL EM ANOS SELECIONADOS...	52

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – COEFICIENTE DE NATALIDADE POR 1000 NASCIDOS VIVOS EM CURITIBA NO PERÍODO DE 1997 A 2008	39
TABELA 2 - PERCENTUAL DE GESTANTES INSCRITAS NO PROGRAMA MÃE CURITIBANA ANTES DO 4º MÊS DE GESTAÇÃO, PERÍODO 2000 A 2008	41
TABELA 3 – CONSULTAS PRÉ-NATAIS OFERTADAS A GESTANTES DE BAIXO RISCO PELO PROGRAMA MÃE CURITIBANA, PERÍODO 1999 A 2008	42
TABELA 4 – NÚMERO DE CONSULTAS PUERPERAIS E DE PUERICULTURA PARA OS RECÉM-NASCIDOS OFERTADOS PELO PROGRAMA MÃE CURITIBANA, PERÍODO DE 1999 A 2008	43
TABELA 5 – NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL DE GRAVIDEZ EM MULHERES DE 10 A 19 ANOS, CURITIBA, PERÍODO DE 1999 A 2008.....	45
TABELA 6 – RAZÃO DE GESTANTES MATRICULADAS NO PROGRAMA MÃE CURITIBANA NO PERÍODO DE 1999 A 2008.....	46
TABELA 7 – PERCENTUAL DE PARTOS CESÁREOS EM RELAÇÃO AOS PARTOS TOTAIS REALIZADOS PELO SUS EM CURITIBA, PERÍODO DE 1999 A 2008	49
TABELA 8 – COBERTURA VACINAL DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE, POR TIPO DE VACINA EM CURITIBA, PERÍODO DE 1999 A 2008	49
TABELA 9 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL EM MENORES DE 1 ANO, POR MIL NASCIDOS VIVOS EM CURITIBA, ANOS SELECIONADOS	51
TABELA 10 – RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA POR CEM MIL NASCIDOS VIVOS EM CURITIBA, 1999 A 2008	51

LISTA DE SIGLAS

ABO – Sistema Sanguíneo
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Anti-HBC – Exame para detectar infecção pelo vírus da Hepatite B
BCF – Batimentos Cardíacos Fetais
BCG – Bacillus Calmette-Guerin (Tuberculose)
CO – Centro Obstétrico
DHPN – Doença Hemolítica Perinatal
DIU – Dispositivo Intrauterino
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
dT – Vacina Dupla (tétano e difteria)
DTP – Vacina contra Difteria, tétano e pertussis
ECA – Enzima Conversora da Angiotensina
Febrasgo – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
GBS – Streptococo β Hemolítico
HBbsAg – Exame para detectar infecção pelo vírus da Hepatite B
Hep A – Vacina para Hepatite A
Hep B – Vacina para Hepatite B
Hib – Vacina contra Haemophilus Influenza tipo B
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV1 – Vírus linfotrópico da célula humana do tipo 1
HTLV2 – Vírus linfotrópico da célula humana do tipo 2
IMC – Índice de Massa Corpórea
INF – Vacina contra Influenza
IPV – Vacina PolioValente Inativada
IU – Infecção Urinária
Kg – Quilograma
MeninC – Vacina contra Meningococo tipo C conjugada
Mg – Miligrama
mmHg – Milímetro de Mercúrio
OMS – Organização Mundial de Saúde
P.A.I – Pesquisa de Anticorpos Irregulares

Pnc10 – Vacina contra Pneumococo conjugada
Pnm23 – Vacina contra Pneumococo 23 Valente
Rh – Sistema Rhesus
RN – Recém-nascido
Rtv – Vacina oral contra rotavírus
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS- Curitiba – Sistema único de Saúde – Curitiba
TB – Tuberculose
TIG – Teste Imunológico de Gravidez
TPP – Trabalho de Parto Prematuro
TV – Vacina Tríplice Viral (caxumba, sarampo e rubéola)
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFPR – Universidade Federal do Paraná
UI, EV – Unidades Inteiras
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
VDLR – Venereal Disease Research Laboratory (sífilis)
VZ – Vacina contra Varicela Zoster
 β -HCG – β – Gonadotrofina Coriônica Humana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL DE ANÁLISE	16
2.1 O CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	16
2.2 A AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA ENQUANTO ETAPA DO <i>POLICY</i> <i>CICLE</i>	17
2.3 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DE SAÚDE	19
3 O PROGRAMA MÃE CURITIBANA	21
3.1 MOTIVAÇÕES DO PROGRAMA	21
3.2 OBJETIVOS DO PROGRAMA	22
3.3 OS INVESTIMENTOS DO PROGRAMA	22
3.3.1 Infraestrutura	22
3.3.2 Capacitação dos profissionais envolvidos	23
4 MECANISMOS DO PROGRAMA	24
4.1 ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL	24
4.1.1 Captação, inscrição e vinculação no Pré-Natal	24
4.1.2 Classificação do Pré-Natal quanto ao risco gestacional	25
4.1.3 Acompanhamento do Pré-Natal	26
4.1.4 Medidas complementares adotadas durante o Pré-Natal	27
4.2 INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ-NATAL	28
4.3 ASSISTÊNCIA AO PARTO, AO RECÉM NASCIDO E AO PUERPÉRIO ..	33
4.3.1 Monitoramento do trabalho de parto e do parto	33
4.3.2 Assistência ao recém nascido	35
4.3.3 Puerpério	36
5 RESULTADOS DO PROGRAMA	36
5.1 VINCULAÇÕES	37
5.2 VARIÁVEIS CORRELACIONADAS COM A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA	39
5.3 TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA EM CURITIBA	50
5.4 CONTROLE DE QUALIDADE DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA	52
6 CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIA	56

1 INTRODUÇÃO

No Brasil a taxa de mortalidade infantil em 1999 era de 28,4 óbitos infantis por 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2009). Em Curitiba a taxa de mortalidade infantil em 1998 era de 16,64 óbitos infantis por 1000 nascidos vivos e a razão de mortes maternas por 100.000 nascidos vivos ficava em torno de 71 (CURITIBA, 2012). Estudos mostram que a ausência de cuidados pré-natais está associada com um aumento do risco de baixo peso ao nascer, partos prematuros e mortalidade materna e infantil (KOZU et al., 1999).

Visando a diminuição da mortalidade de mulheres e crianças durante os processos de gravidez e nascimento foi implantando em 1999, em Curitiba, o Programa Mãe Curitibana. O Programa é uma ação da Prefeitura Municipal de Curitiba que trabalha com recursos municipais e federais. O programa consiste em uma política pública que busca melhorar a assistência à mulher curitibana e ao seu filho desde o Planejamento Familiar, pré-natal, parto, puerpério, até o acompanhamento da criança com segurança, qualidade e humanização. Em 2000 o programa teve 18.969 gestantes vinculadas, totalizando 97% das gestantes atendidas no SUS-Curitiba (CURITIBA, 2001). Em 2012 o programa obteve 16.068 gestantes vinculadas (CURITIBA, 2012).

Tendo em vista essa política pública adotada em Curitiba, este trabalho tem como objetivo avaliar a eficácia do Programa Mãe Curitibana entre o período de 1999-2008 utilizando o método de avaliação de políticas da área de saúde, mostrando a relação entre a implantação do programa e a melhoria das taxas de mortalidade materno-infantil em Curitiba.

No referencial de análise (capítulo 2) será apresentado um breve resumo da abordagem do ciclo de políticas públicas, assim como a avaliação de políticas públicas enquanto etapa do *policy cycle*, que explica o processo de implantação dos programas governamentais, bem como métodos de avaliação específicos para políticas na área da saúde. O capítulo 3 contextualiza o projeto, ao explicar quais são as motivações para a aplicação, os objetivos e os diferentes focos de investimento do Programa Mãe Curitibana. Para tanto, será utilizado como fonte, documentos e relatórios de gestão publicados pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba. O capítulo 4

aborda os mecanismos envolvidos, ou seja, a forma com que é feita a captação de gestantes, a classificação quanto ao risco gestacional, como ocorre o acompanhamento em todo o período de pré-natal, além de algumas medidas complementares que se aplicam em conjunto ao Programa. Neste capítulo também será abordado como é feito a prevenção e tratamento de algumas intercorrências que podem surgir durante o pré-natal e também como é feito o monitoramento nas fases do pré-parto, parto, puerpério e cuidados ao recém-nascido. Para explicar tais mecanismos serão utilizados dados coletados do Protocolo desenvolvido aos profissionais envolvidos, Protocolo desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba. O capítulo 5 expõe o número de vinculações do Programa, assim como os resultados em termos de diminuição da taxa de mortalidade infantil e materna depois que o Programa foi implantado. Serão abordados alguns aspectos sociais que apresentaram mudanças, e que possuem correlação com a implantação do Programa. Também será mostrada a forma com que são feitos os controles de qualidade dos serviços prestados às gestantes e seus bebês e como isto se reverte no aperfeiçoamento do Programa. Para tanto serão utilizados dados estatísticos coletados dos relatórios anuais de gestão, publicados pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba.

2 REFERENCIAL DE ANÁLISE

O novo conceito de políticas públicas, originado no final da década de 1980, particularmente assegurado e disseminado pela Constituição de 1988 no Brasil, diagnostica que o “mercado” não pode ser visto como o regulador “natural” das questões sociais. É preciso que o Estado passe a interferir, ou seja, que regule as relações entre Estado e Mercado. Nesse sentido será apresentado um breve resumo da teoria de política pública, assim como a avaliação de políticas públicas enquanto etapa do policy cycle, que explica o processo de implantação dos programas governamentais. Além disso, uma revisão sobre avaliações específicas para políticas na área da saúde.

2.1 O CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Com base em Cunha (2002, p.12), as políticas públicas consistem em ações coletivas que se traduzem em direitos sociais assegurados por Lei. As políticas públicas são uma das formas de distribuir e/ ou redistribuir bens e serviços sociais que sejam demandados pela sociedade. As políticas públicas partem do direito coletivo e não do individual.

As políticas públicas podem ser compreendidas como um “ciclo deliberativo, (...) constituindo um processo dinâmico e de aprendizado” (SOUZA, 2004), com vistas ao cumprimento de um fim: o bem-comum da população a quem se destinam. Castro (2009) afirma que este ciclo é formado por seis estágios: formação de agenda, elaboração, formulação, implementação, execução e avaliação.

O ciclo da política pública (*policy cycle*) representa o processo que configura os momentos da política no que tange à sua formulação, implementação e avaliação. A decisão de qual política poderá ser implantada cabe aos “tomadores de decisão”. Estes podem fazer o processo decisório assumir características bastante variadas. Pode ser democrático e participativo, ou autoritário e de gabinete; “de baixo pra cima”, ou de “cima pra baixo”; de tipo racional e planejado ou incremental e mediante o ajuste mútuo entre os atores

intervenientes. Já na implementação ocorre o planejamento e a organização do aparelho administrativo e dos recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos que consistem no programa. O ciclo se conclui com a avaliação dos resultados da política pública implementada.

2.2 A AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA ENQUANTO ETAPA DO *POLICY* *CICLE*

A avaliação em projetos sociais é amplamente debatida e pouco aplicada em sua essência. Quando aplicada, limita-se a controlar investimentos financeiros realizados ou simplesmente servir como relatório das atividades desenvolvidas, não refletindo em efetividade para atribuir valor ou mérito da ação social. Agrava-se ainda mais a situação ao se constatar a falta de amplo material que ajude, de forma aprofundada e didática, os atores sociais a desempenharem suas funções. Avaliações desempenham diversos papéis, mas têm apenas uma meta, conforme conceito utilizado por este estudo: determinar o valor ou mérito do objeto avaliado (CAVALCANTI, 2007).

Em um momento posterior, mas teoricamente contínuo à implementação, existe a avaliação sobre o andamento do processo de solução dos objetivos propostos pela política. Para Cavalcanti (2007, p.43), a avaliação de políticas públicas enquanto etapa do *policy cycle*,

[...] tem o objetivo de conhecer o resultado subjacente às políticas públicas tendo como foco o processo da implementação [...] para fazer referência ao desempenho, consequência, efeito, impacto ou produto de ações e estratégias que foram colocadas em prática para obter um determinado fim.

A função da etapa de avaliação de políticas públicas é acompanhar o andamento e a efetividade da mesma para que, independente do tempo, ela possa ser revisada e, de acordo com êxitos ou fracassos, possam ser mantidas, expandidas, corrigidas ou mesmo descartadas, definitivamente. A avaliação é um momento que pressupõe, dentre outros objetivos, a produção

de informações para a melhoria dos aspectos técnicos e financeiros (eficiência e eficácia) das políticas implementadas. O tipo de avaliação realizado pode ser expresso, principalmente de acordo ao tempo em que é empreendida; aos objetivos a que se destinam e em relação aos executores que as praticam. Desse modo, determina que, quanto ao objetivo de sua prática ela pode se caracterizar por uma avaliação formativa ou somática (CAVALCANTI, 2007).

A avaliação somática busca comprovar o alcance dos resultados do programa e gerar informações que confirmem o sucesso da política implementada, devendo ocorrer ao fim do processo de implementação. Já a avaliação formativa busca acompanhar a planilha de execução com base nos procedimentos empregados no processo de implementação e sua utilização junto a mudanças ou revisão das políticas.

Quanto ao tempo em que é aplicada a avaliação, ela pode representar uma ação *ex-ante* (anterior/inicial), ou seja, que ocorre antes do processo de implementação, buscando-se corrigir falhas antes mesmo de implementada. A avaliação de processo (durante) representa os esforços de uma avaliação continuada e acaba por produzir dados para a operacionalização de *feedbacks* ao percurso da política. A avaliação do tipo *ex-post* (posterior) compreende a ação avaliativa que se procede após o término da política ou de sua implementação. É realizada, de fato, quando se procura aferir os resultados alcançados e relacioná-los aos objetivos traçados (CAVALCANTI, 2007).

Por fim, no que tange aos tipos de avaliação que se pratica e sob o aspecto de quem pratica essa avaliação, as mesmas podem ser consideradas como avaliação internas, externas ou mistas. A interna é aquela praticada pelos próprios agentes que integram seu ciclo da política e corresponde à realização por representantes da instituição implementadora da política. A avaliação externa é praticada por indivíduos que não possuem ligações profissionais ou de interesses com a instituição implementadora, buscando, apenas, conhecer o processo que abrange a aplicação de uma política pública. A avaliação mista é uma alternativa para contrapor os fatores desfavoráveis das avaliações internas (interesses institucionais) e externas (julgamentos individuais, ideológicos). Ao serem combinados, na avaliação mista, os interesses opostos contidos nas demais formas de avaliação, se obterá um

equilíbrio na observação da política, acarretando um melhor julgamento avaliativo (CAVALCANTI, 2007).

2.3 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DE SAÚDE

Apesar de se reconhecer que existem inúmeras definições de Avaliação, seus contornos no campo da saúde se delimitam no âmbito das políticas e programas sociais, consistindo fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas - avaliação normativa - ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico - pesquisa avaliativa (Contandriopoulos, 2006).

Segundo Weiss (1997), os interesses em realizar estudos de avaliação são diversos. Geralmente, no governo, esses estudos estão diretamente ligados a questão da efetividade, eficiência, *accountability*, e mais amplamente com o desempenho da gestão pública. Constituem-se em poderosos instrumentais para gestores, formuladores e implementadores de programas e políticas públicas.

Os gestores públicos, principalmente no plano da implementação, estão permanentemente se defrontando com questões relativas ao desempenho dos programas por eles implementados, sobretudo num contexto de escassez ou forte competição por recursos públicos para financiar as intervenções governamentais necessárias.

Com efeito, o interesse mais imediato para realizar estudos e pesquisas de avaliação das atividades do governo estaria ligado a auferir os diversos resultados – esperados e não-esperados- alcançados pelos programas quando implementados. A preocupação com a efetividade destes programas seria portanto o motivo primário dos estudos de avaliação

Weiss (1997) aponta que, de modo geral os estudos e pesquisas de avaliação, em suas diferentes naturezas, estão relacionados com os seguintes propósitos: informação para o processo decisório, ou tomada de decisão; e aprendizado organizacional.

As teorias que mais largamente se utilizam nos estudos e pesquisas de avaliação são conhecidas como: a Teoria do Programa, na qual se parte da idéia de que todo programa traz em si uma teoria, e que a avaliação representa o teste; e a Teoria de Implementação, na qual se parte da premissa de que se o programa funcionasse como planejado os resultados esperados seriam atingidos, e com base nesta idéia, os analistas tem por missão entender em que medida o programa funciona como esperado, ou não, possibilitando ver como os obstáculos no plano da implementação distorcem as intenções originais dos formuladores. Contudo, Weiss (1997), apresenta uma combinação das duas teorias, a qual ela denomina de Teoria da Mudança do Programa.

Weiss (1997) denomina a combinação da Teoria do Programa com a Teoria da Implementação de a Teoria de Mudança do Programa. Com base na teoria de mudança do programa, o papel do analista é compreender como os mecanismos de mudança e as atividades do programa se articulam, formando uma seqüência causal. Com base nesta seqüência causal, a análise se volta para entender como e em que medida as diversas etapas do programa em funcionamento do programa se aproximam daqueles originalmente planejados. Se estas ocorrem como esperadas, a avaliação permite compreender de que modo o programa funcionou em sua implementação de modo a atingir os seus objetivos, e como as diversas etapas e seus mecanismos conduzem aos resultados atingidos pelo programa. Por outro lado, quando a análise revela que a implementação do programa se desvia em alguma medida das intenções originais, a avaliação com base na teoria da mudança do programa permite com maior precisão elucidar em que ponto, etapa, ou processos o programa desvia do planejado. As vantagens de avaliar com base nas teorias da mudança do programa são: ter uma clara compreensão de como a efetividade do programa é gerada; explicar como e porque os efeitos ocorrem; entender em que medida os resultados identificados estão conectados àquilo que o programa tem realizado e as atividades do programa.

O ponto de partida para um estudo de avaliação com base nas teorias do programa, portanto seria formular um conjunto de teorias alternativas sobre atividades e mecanismos a serem testadas empiricamente. A construção de uma teoria do programa inclui as seguintes atividades: a) os *inputs*¹ do programa; b) as atividades operacionais do programa, as quais representam o modo específico pelo qual o programa é implementado; c) resultados obtidos, que representam a cadeia de respostas para cada atividade do programa; e d) os resultados esperados com a implementação.

3 O PROGRAMA MÃE CURITIBANA

O Programa Mãe Curitibana, implantado em março de 1999, tem como propósito a melhoria da qualidade do pré-natal, a garantia do acesso ao parto, com a complexidade e qualidade necessários, a consulta puerperal precoce, com vistas à detecção e manejo das possíveis complicações, bem como o reforço do estímulo ao aleitamento materno. A seguir será apresentado as motivações que levaram à implantação do programa, os objetivos, bem como os investimentos ocorridos no decorrer dos anos.

As informações contidas nessa seção foram retiradas do documento da autora Dória Porto (PORTO, 2001).

3.1 MOTIVAÇÕES DO PROGRAMA

No Brasil a taxa de mortalidade infantil em 1999 era de 28,4 óbitos infantis por 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2009). Em Curitiba a taxa de mortalidade infantil em 1998 era de 16,64 óbitos infantis por 1000 nascidos vivos e a razão de mortes maternas por 100.000 nascidos vivos ficava em torno de 71 (CURITIBA, 2012). Estudos mostram que a ausência de cuidados pré-

¹ Inputs do programa representam a formação da agenda governamental, a formulação das alternativas para atender às demandas e tomada de decisão e a implementação da política propriamente dita.

natais está associada com um aumento do risco de baixo peso ao nascer, partos prematuros e mortalidade materna e infantil (KOZU et al., 1999).

Visando a diminuição da mortalidade de mulheres e crianças durante os processos de gravidez e nascimento foi implantando em 08 de março de 1999, em Curitiba, o Programa Mãe Curitibana. O programa consiste em uma política pública que busca melhorar a assistência à mulher curitibana e ao seu filho desde o Planejamento Familiar, pré-natal, parto, puerpério, até o acompanhamento da criança com segurança, qualidade e humanização (CURITIBA, 2001).

3.2 OBJETIVOS DO PROGRAMA

O objetivo do Programa Mãe Curitibana é humanizar o atendimento, aumentar a segurança e melhorar a qualidade do atendimento às gestantes e crianças de Curitiba.

3.3 OS INVESTIMENTOS DO PROGRAMA

O Programa Mãe Curitibana é uma ação da Prefeitura Municipal de Curitiba que trabalha com recursos municipais e federais. Abaixo é feita uma breve explanação sobre os investimentos em infraestrutura e capacitação técnica.

3.3.1 Infraestrutura

O atendimento inicial é realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). É necessário que existam investimentos em melhorias físicas nestes lugares e também em sistemas de informatização. Atualmente é utilizada a ferramenta *SISPRENATAL* para cadastro de todas as informações pertinentes à gestante.

As maternidades de Curitiba são parceiras imprescindíveis, realizando os partos com a presença do médico obstetra ou do enfermeiro e do pediatra. Com o objetivo de agilizar o atendimento realizam agendamento de consulta na Unidade de Saúde *on line* através do Sistema Integração, facilitando a captação precoce da puérpera e do recém nascido pela equipe de saúde. Para assegurar assistência ao neonato de risco, a SMS incentivou os serviços hospitalares a ampliar o número de leitos de UTI neonatal e criar leitos para recém-nascidos de médio risco.

As maternidades parceiras do programa recebem *kits*, contendo insumos utilizados durante procedimentos do parto normal e da cesárea.

3.3.2 Capacitação técnica dos profissionais envolvidos

O Programa Mãe Curitibana implica na ordenação racional dos fluxos de referência e contra-referência² entre serviços existentes no município e na qualificação técnica dos profissionais envolvidos. A abordagem é global, incluindo todas as etapas desde o pré-natal e o parto até a assistência ao recém-nascido, puerpério e planejamento familiar.

A organização e os investimentos previstos resultam em melhoria do acesso e da qualidade, dando a todas as gestantes de Curitiba oportunidade de acompanhamento pré-natal, identificação dos casos de risco, assistência a possíveis complicações e atendimentos especializados, quando necessário, durante a gravidez e no parto.

As equipes de saúde estão em constante aperfeiçoamento, para assim poder prestar o melhor atendimento possível. Cartilhas com os protocolos de atendimento são disponibilizados e atualizados para servir como manual nas unidades de saúde.

² Em termos gerais, o sistema de referência e contrarreferência se baseia na hierarquização por níveis de complexidade dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Existem três níveis: a baixa complexidade, que são as unidades básicas de saúde; a média complexidade, que envolve hospitais secundários e ambulatorios de especialidades; e a alta complexidade, que são hospitais terciários.

4 MECANISMOS DO PROGRAMA

Tendo como princípios fundamentais o respeito e a humanização na atenção à saúde da mulher e da criança, Curitiba avançou ao lançar um protocolo de Atenção ao Pré-natal, Parto, Puerpério e a Assistência ao Recém-nascido, contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção às gestantes e aos recém-nascidos. A implementação desse protocolo visa apoiar a assistência multiprofissional integrada no desenvolvimento da gestão da clínica, com enfoque na gestão de patologias. Abaixo será apresentado um passo a passo de como funciona o programa.

As informações contidas nessa seção foram retiradas do Protocolo de Atendimento do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Cuidados ao Recém-Nascido³, atualizado pela última vez em 2012 pela Secretaria Municipal de Saúde.

4.1 ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

Na sessão abaixo será explicado como ocorre a captação, inscrição e vinculação no Programa Mãe Curitibana, bem como é feita a classificação do pré-natal com relação ao risco gestacional, seguido pelo acompanhamento e medidas complementares adotadas durante o período gestacional.

4.1.1 Captação, inscrição e vinculação no Pré-Natal

A porta de entrada para a realização do pré-natal da gestante residente em Curitiba é a Unidade Básica de Saúde (UBS) da Secretaria Municipal da Saúde mais próxima da sua residência.

Toda mulher da área de abrangência da UBS com história de atraso menstrual, é orientada pela equipe de saúde a realizar o Teste de Gravidez, que é realizado pelo médico ou enfermeiro. As pacientes com teste positivo são

³ CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Pré-Natal, Parto, Puerpério e Cuidados ao Recém-Nascido. Protocolo de atendimento. Curitiba, 2012.

captadas para o pré-natal, através de agendamento de consulta com o médico ou enfermeiro.

Nesta primeira consulta é realizado a Avaliação Clínico-Obstétrica que leva em consideração as características individuais das gestantes, histórico reprodutivo anterior, intercorrências clínicas e doenças obstétricas na gestação atual. Na primeira consulta também são realizados exames físicos. Estes são divididos em exames clínicos e gineco-obstétricos. Com base nessas avaliações preliminares, o médico ou enfermeiro ainda solicita exames complementares (exames de sangue, urina, ultrassonografia).

Uma série de condutas permeiam as consultas que se seguem. As gestantes são orientadas com relação à correta alimentação e recebem acompanhamento de ganho de peso, ainda, recebem orientação sobre sinais de risco e assistência em cada caso. Também são encaminhadas para avaliação odontológica e para imunização antitetânica, se necessário.

Ainda, é realizado pela equipe de saúde o “controle fetal”, visando: ausculta dos batimentos cardíacos (a fim de verificar a cada consulta, a presença, o ritmo, a frequência e normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF); avaliação dos movimentos fetais percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico.

4.1.2 Classificação do Pré-Natal quanto ao risco gestacional

Há algumas situações em que a gestante deve ser encaminhada ao serviço de alto risco, com atendimento em maternidades especializadas para bem atendê-las. Essas situações podem ser vistas no quadro 1. Essas doenças pré-existent predispõe a gestante e seus bebês a situações de alto risco. Uma das vertentes do Programa e que garantem a eficácia do mesmo é a prevenção, detecção precoce e tratamento de tais doenças. A detecção nessa fase primária do Programa desenha como todo o pré-natal será realizado.

ALTO RISCO MATERNO	ALTO RISCO FETAL
Gestante com toxoplasmose Diabetes mellitus e outras endocrinopatias Doença hipertensiva específica da gestação Hipertensão arterial crônica Nefropatias Obesidade Mórbida Antecedentes de cirurgia bariátrica Cardiopatias Imunopatias Gestante HIV positivo Uso abusivo de substâncias psicoativas Pneumopatias Hemopatias Epilepsia Psicoses e depressão grave Infecção Urinária de repetição Placenta prévia Cirurgia uterina anterior	Malformação fetal confirmada Macrossomia do concepto com patologias Aloimunização RH Gestante RH positivo Gestante com toxoplasmose Crescimento intrauterino restrito Gemelaridade

QUADRO 1 - SITUAÇÕES EM QUE A GESTANTE DEVE SER ENCAMINHADA AO SERVIÇO DE ALTO RISCO

FONTE: O autor, baseado em CURITIBA, 2012 (2014).

4.1.3 Acompanhamento do Pré-Natal

A avaliação de risco é permanente, em toda consulta de pré-natal. O fato de a gestante apresentar um risco não implica necessariamente que a mesma seja encaminhada para pré-natal de alto risco, porém, fatores clínicos mais importantes ou que possam ser prevenidos, que demandem intervenções mais complexas, são referenciadas. Contudo, quando se considera a situação resolvida, a paciente retorna à UBS.

A UBS continua responsável pelo seguimento da gestante que é encaminhada a um nível de maior complexidade no sistema. O pré-natal de baixo risco compreende aproximadamente 90% das gestações e o alto risco abrange cerca de 10% (CURITIBA, 2012).

Toda gestante da área de abrangência da UBS e inscrita no Programa Mãe Curitibana é acompanhada pela equipe de saúde. O acompanhamento é programado em função dos períodos que determinam maiores riscos tanto materno como perinatais.

As consultas são mensais até o 7º mês, quinzenais durante o 8º mês e semanais durante o 9º mês até o parto. Como parâmetro de qualidade é estipulada a quantidade mínima de 4 consultas médicas e 3 consultas de enfermagem, que são assim distribuídas: uma consulta no 1º trimestre; duas consultas no 2º trimestre; quatro consultas no 3º trimestre. A maior quantidade de consultas ao final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia⁴ e eclâmpsia⁵, amniorrexe⁶ e óbito fetal.

O acompanhamento da gestante no ciclo grávido-puerperal é iniciado o mais precocemente possível. E só se encerra após o 42º dia de puerpério, período que é realizada a consulta de puerpério (CURITIBA, 2012).

4.1.4 Medidas complementares adotadas durante o Pré-Natal

Durante todo o Pré-Natal são adotadas medidas complementares, visando o repasse de informações e conhecimentos à gestante e sua família, visto que é fundamental que a gestante se “ajude” durante todo o processo.

As gestantes recebem orientações educativas visando instruí-las quanto à importância de realizar o pré-natal com início precoce e assiduidade, bem como sobre cuidados de higiene e exercícios básicos, modificações corporais, orientação quanto à atividade sexual, incluindo prevenção de DST. Nas unidades de saúde é ressaltado a importância do planejamento familiar, das consultas puerperais, os cuidados no pós parto, as dificuldades da gestação na adolescência e os cuidados com o recém nascido. As gestantes recebem ainda, orientações em fisioterapia e ergonomia.

A avaliação do estado nutricional da gestante é realizada em todas as consultas de pré-natal. Dessa forma é possível determinar metas adequadas

⁴ Pré- Eclâmpsia é síndrome específica da gravidez observada após a 20ª semana de gestação com pressões iguais ou maiores que 140 x 90 mmHg, acompanhada de edema e importante proteinúria.

⁵ Eclâmpsia é a ocorrência de convulsões na mulher com pré-eclâmpsia. Pode ocorrer na segunda metade da gestação ou no pós-parto

⁶ Amniorrexe significa rompimento das membranas ovulares e amnióticas que ocorre durante o trabalho de parto. Contudo, em alguns casos, a rotura das membranas ocorre antes que o parto tenha início, muitas vezes, antes mesmo que o feto esteja em condições de sobreviver fora do útero materno.

de ganho de peso durante toda a gestação. Baixo peso, sobrepeso e obesidade são condições consideradas de risco nutricional. Por isso, na primeira consulta de pré-natal, o cálculo de índice de massa corporal (IMC) permite avaliar o estado nutricional inicial das gestantes e identificar as que estão em situação de risco.

O período da gestação é um momento privilegiado para se trabalhar o resgate da cultura da amamentação. Este trabalho começa no início da gestação e consiste em orientar a gestante e seu parceiro e família, esclarecendo suas dúvidas, preocupações e incentivando o aleitamento materno exclusivo. O estabelecimento da posição e da pega do bebê após o nascimento são os fatores mais importantes para propiciar uma sucção efetiva pelo bebê.

O pré-natal oportuniza a prevenção, detecção e tratamento precoce de transtornos mentais na gestação. Durante as consultas e as oficinas, a equipe de saúde pode detectar a presença de fatores de risco assim como fatores sugestivos de problemas mentais. A associação de fatores como exposição a substâncias psicoativas, desnutrição, infecções, relações familiares conturbadas, abandono, exposição a eventos negativos, experiências adversas e falta de apoio social, aumentam o risco para os transtornos mentais maternos. Dentre os transtornos de humor que acometem as gestantes, a depressão pós-parto é um quadro frequente e deve ser investigado.

A gestante também pode apresentar maior suscetibilidade para o surgimento de doenças bucais devido às alterações sistêmicas, mudanças de hábitos alimentares, elevados níveis hormonais, náuseas e vômitos. Todos esses fatores contribuem para o comprometimento da saúde bucal da gestante (CURITIBA, 2012).

4.2 INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ-NATAL

Durante todo o pré-natal, a gestante pode apresentar algumas intercorrências, estas podem ser queixas comuns na gestação. A anemia na gravidez pode acarretar aumentos das crises dolorosas, piora dos quadros de

anemia, maior incidência de aborto, retardo de crescimento intrauterino, trabalho de parto prematuro e toxemia gravídica.

As gestantes podem apresentar quadros de Hiperemese, que se caracteriza por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação. Pode ocasionar desidratação, oligúria, perda de peso e transtorno metabólico. Pode estar associada à gestação múltipla, pré-eclâmpsia, diabetes, aspectos emocionais e adaptações hormonais.

Síndromes hemorrágicas também podem ser observadas e dependendo da fase em que acontecem podem acarretar em abortamento, descolamento corioamniótico, prenhez ectópica e neoplasia;

Muitas infecções maternas agudas podem ser transmitidas para o feto. Estas são chamadas de infecções congênitas e trazem riscos variáveis de problemas para o bebê.

A toxoplasmose é causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii* (o gato é o principal hospedeiro) e na maioria dos casos é benigna e autolimitada e cerca de 60 a 70% da população adulta já contraiu a doença. Na gestação, 90% das infecções são assintomáticas..

A AIDS tornou-se uma epidemia mundial que tem crescido em níveis alarmantes, principalmente entre as mulheres. Os sinais e sintomas da infecção durante a gestação são altamente inespecíficos, sendo comuns a vários tipos de infecção. Atualmente, o teste anti-HIV faz parte da rotina de exames solicitados durante o pré-natal, o que tem contribuído para a diminuição do número de casos de transmissão congênita.

As crianças expostas verticalmente recebem as vacinas indicadas no quadro 3 até os 18 meses de vida. Após essa idade, se a mesma se mantiver negativa para o HIV, segue o esquema básico vacinal recomendado pelo Ministério da Saúde (CURITIBA, 2012).

A sífilis é uma doença endêmica causada por uma bactéria frágil, o *Treponema pallidum*. Sua transmissão é predominante por via sexual, embora raros casos de transmissão por meio de transfusões sanguíneas possam ocorrer. A sífilis é classificada em recente (até 1 ano) e tardia (após 1 ano). Em ambos os casos, o risco de transmissão da doença para o bebê é

extremamente elevado (chegando a 90%), principalmente em gestantes com sífilis recente.

A tuberculose (TB) continua sendo um importante problema de saúde mundial, seu controle envolve aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública. Toda gestante, devido à possibilidade de imunossupressão transitória, é incluída nos grupos com maior risco de apresentar tuberculose.

A hepatite B na gravidez é perigosa, pois há um grande risco da gestante infectar o bebê na hora do parto. No entanto, a contaminação pode ser evitada se a mulher tomar a vacina contra a hepatite B antes de engravidar, ou a partir do segundo trimestre de gestação. Os riscos da hepatite B na gravidez podem ocorrer tanto para a grávida como para o bebê.

A Hepatite C é disseminada fundamentalmente pela exposição parenteral através do sangue ou derivados do sangue de pessoas infectadas. Pode ocorrer através de objetos.

Algumas patologias podem contribuir para a prematuridade. O parto prematuro é o que se dá entre 22 e menos de 37 semanas de gestação. A prematuridade é a principal causa da morbimortalidade perinatal. A prematuridade incide entre 6 e 10% de todas as gestações, dependendo das características da população estudada.

Alguns fatores de risco contribuem para o trabalho de parto prematuro e podem ser observados no quadro 2.

FATORES DE RISCO PARA O TRABALHO DE PARTO PREMATURO
Comprimento cervical menor que 3 cm
Baixo nível socioeconômico
Idade materna menor que 15 anos ou maior que 40 anos
Complicações maternas
Atividade física aumentada
Tabagismo
Uso de cocaína
Ausência de controle pré-natal
Situações de alto estresse
Gestação múltipla
Crescimento intrauterino restrito
Anomalias congênitas
Polihidrânio
Rotura prematura de membranas
Deslocamento de placenta
Presença de DIU
Mioma
Anomalias Uterinas
Infecções maternas
Insuficiência ístmocervical
Síndrome antifolípide
Trauma

QUADRO 2 – FATORES DE RISCO PARA O TRABALHO DE PARTO PREMATURO

FONTE: O autor, baseado em CURITIBA, 2012 (2014).

O diagnóstico é eminentemente clínico e é considerado a contratilidade uterina e as modificações cervicais. O trabalho de parto prematuro é definido quando se identificarem contrações uterinas regulares após 22 e antes de 37 semanas, com intervalo de 5 a 8 minutos, com dilatação cervical maior que 2 cm com modificações cervicais (MS, 2010).

As doenças sexualmente transmissíveis é um outro fator que contribui para a prematuridade. Estima-se um total de 340 milhões de casos novos por ano de DST curáveis em todo mundo e 10 a 12 milhões no Brasil (OMS, 1999). Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) não tratadas em gestantes (Gutman, 1999).

A infecção por Streptococo β hemolítico (GBS) é uma importante causa da sepse, pneumonia e meningite em recém-nascidos. Na gestação pode causar infecção urinária, abortamento, prematuridade, corioamnionite e endometrite puerperal.

Na gestação, a infecção urinária (IU) se reveste de grande importância e interesse em razão de sua elevada incidência nesse período especial da vida

da mulher. É a terceira intercorrência clínica mais comum na gestação. A infecção urinária cria várias situações doentias e contribui para a mortalidade materno infantil.

Além de ser o principal fator de risco, isolado, para doenças cardiovasculares, doenças respiratórias irreversíveis e câncer, o tabagismo atua negativamente nas diferentes fases de reprodução, na gestação e na lactação. O uso de cigarros durante a gravidez é relatado como causa de: 7 a 10% de partos prematuros, 17 a 20% de recém-nascidos com baixo peso e 5 a 6% de mortes perinatais (United States Preventive Task Force, 1996). A nicotina e monóxido de carbono acarretam na redução da fertilidade, no comprometimento da duração da gestação, da diminuição da produção de leite e no ganho de peso do bebê.

Embora a doença hemolítica neonatal causada pela incompatibilidade feto-materna para antígenos do sistema ABO seja a mais comum, esta tem caráter benigno, pois raramente é grave, excepcionalmente provoca anemia. O sistema Rhesus (Rh) de grupo sanguíneo é responsável por 95% dos casos da DHPN entre nós (Baiochi-Nardozza, RBGO, 2009). É um fator de risco para a prematuridade e intercorrências neonatais. Ocorre principalmente por transfusão feto-materno por ocasião de partos, abortamentos, sangramentos placentários ou amniocentese, geralmente anteriores à gestação atual. Na primeira consulta pré-natal todas as gestantes realizam a tipagem do grupo sanguíneo ABO e do fator RhD.

Algumas gestantes desenvolvem quadro de diabetes gestacional, caracterizado pelo aumento do nível de glicose no sangue. Quando o bebê é exposto a grandes quantidades de glicose ainda no ambiente intra-uterino, há maior risco de crescimento fetal excessivo (macrossomia fetal) e, conseqüentemente, partos traumáticos, hipoglicemia neonatal e até de obesidade e diabetes na vida adulta.

As doenças da Tireóide representam a segunda intercorrência endócrina mais prevalente na gestação. Os hormônios tireoidianos são importantes para o desenvolvimento cerebral fetal. O rastreio universal de gestantes para doenças da tireoide não é preconizado, mas a pesquisa destas patologias em

determinados grupos específicos que possuem maior risco é fortemente recomendada.

As síndromes hipertensivas complicam aproximadamente 7% das gestações. É a complicação mais comum na gestação e relaciona-se diretamente a altas taxas de mortalidade materna e perinatal, sendo a principal causa de hipóxia periparto.

Em Curitiba, no ano de 2010, as malformações congênicas e anomalias cromossômicas corresponderam a 26,9 % das causas de mortalidade infantil. Dentre as malformações em menores de 1 ano, as cardíacas e a das grandes artérias foram responsáveis por 35,4% da mortalidade (CURITIBA, 2012).

A investigação cardiológica iniciou-se no Serviço de Diagnóstico Cardiológico Fetal do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná onde foi instituído com o objetivo de qualificar a assistência às crianças portadoras de malformações cardíacas congênita, atualmente, é também realizado na Unidade de Saúde Especializada Mãe Curitibana e no Hospital Victor Ferreira do Amaral, abrangendo um número maior de gestantes e fetos com cardiopatias. Possui o mesmo objetivo de diminuir a morbi-mortalidade infantil através de um atendimento integrado, com atendimento da gestante de risco, serviço neonatal e cirurgia precoce.

4.3 ASSISTÊNCIA AO PARTO, AO RECÉM-NASCIDO E AO PUERPÉRIO

Passado todo o pré-natal, chega a hora do parto. Nessa sessão será explanado sobre os procedimentos adotados, bem como a assistência dada ao recém-nascido e ao puerpério.

4.3.1 Monitoramento do trabalho de parto e do parto

Tudo começa com a admissão hospitalar. Cada maternidade tem normas pré-estabelecidas e atribuições específicas para cada membro da equipe profissional, objetivando uma assistência de qualidade. A gestante ao

ser admitida na maternidade necessita de um acolhimento adequado, a começar pela forma como é recebida pela recepcionista, auxiliar de enfermagem/enfermeiro/ médico. No sistema de atendimento hospitalar, onde o obstetra não tem vínculo anterior com a gestante, o estabelecimento da confiança entre o médico e a paciente é rápido promovendo uma boa relação de afetividade/profissionalismo.

A gestante apresenta a sua carteira de pré-natal, para que o médico plantonista possa ter acesso às informações que até o momento foram anotadas pelo médico pré-natalista. A gestante é então avaliada na sala de admissão do Hospital, onde é definida a sua condição obstétrica para o internamento.

Se a maternidade não apresentar condições adequadas para assistir a gestante de acordo com o risco avaliado no momento da sua admissão, deverá transferi-la para um Serviço de Referência de Alto Risco.

A gestante é encaminhada à sala de pré-parto até o momento ideal para ser levada à sala de parto. O trabalho de parto deverá ser monitorado pela equipe obstétrica (enfermeiras obstétricas e obstetras) de acordo com o protocolo de atendimento ao parto humanizado.

A obrigatoriedade do partograma nas maternidades foi determinada pela OMS em 1994 e pela Lei estadual nº. 5245, publicada no Diário Oficial do Estado do Paraná em 08/05/98.

O obstetra está atento aos fatores de risco maternos identificados na admissão e na evolução do trabalho de parto, diminuindo assim a probabilidade de complicações.

O tempo de permanência da puérpera após o parto no centro obstétrico (CO) é de no mínimo 1 hora. Neste momento, a equipe obstétrica:

- monitora dados vitais e pressão arterial;
- mantém infusão venosa caso esteja sendo utilizada;
- observa o sangramento vaginal;
- orienta a amamentação quanto à pega correta e posição adequada.

Algumas situações demandam atenção especial, como nos casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, quadros hemorrágicos durante o parto e/ou puerpério e na presença de quadros infecciosos.

4.3.2 Assistência ao recém-nascido

Recomenda-se que todo atendimento do RN na sala de parto seja realizado por pediatra capacitado, que atue precoce e efetivamente nas intercorrências neonatais. A maternidade tem local apropriado para o atendimento ao RN, com equipamentos necessários à reanimação neonatal, prontos para uso.

Conforme preconiza o passo quatro dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” da iniciativa “Hospital Amigo da Criança”, o RN sem intercorrência é colocado em contato pele a pele com a mãe imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora, devendo-se encorajar a mãe a reconhecer quando seu filho está pronto para ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário. Após o atendimento obstétrico, o bebê é encaminhado ao alojamento conjunto com a mãe.

A prevenção de intercorrências para o recém-nascido é de responsabilidade tanto do obstetra quanto do pediatra, através de um pré-natal de qualidade e da conduta adequada na sala de parto.

A continuação dos cuidados prestados depende do critério de risco ao nascer, que determina o local para onde o RN é transferido (alojamento conjunto, unidade de cuidados intermediários neonatais ou unidade de cuidados intensivos neonatais).

Todo recém-nascido recebe nas primeiras 12 horas de vida a vacina contra Hepatite B. É submetido à triagem neonatal (teste do pezinho) quando completa 48 horas de vida. E recebe a declaração de nascido vivo.

São obrigatórias as investigações diagnósticas e o acompanhamento do recém nascido de mães com HIV, sífilis, Hepatite B e casos suspeitos de toxoplasmose congênita.

4.3.3 Puerpério⁷

Toda puérpera recebe orientação e acompanhamento para o início e manutenção do aleitamento. Enfermeiras treinadas em técnicas de amamentação dão suporte às mães orientando-as também como cuidar dos bebês.

O atendimento à toda gestante com RhD-negativo e recém-nascido RhD-positivo segue as orientações fornecidas pelo protocolo. Compete ao hospital no momento da alta hospitalar agendar consulta puerperal, bem como passar as orientações dos sintomas de infecção puerperal.

Compete a UBS:

- Monitorar todas as puérperas a captá-las para a consulta puerperal;
- Realizar a consulta puerperal até o 42º dia após o parto;
- Detectar complicações puerperais precocemente e encaminhar para o hospital;
- Avaliar fatores de risco;
- Avaliar o risco reprodutivo e captar essas mulheres para o Programa de Planejamento Familiar;
- Fazer visitas domiciliares precocemente ao RN de risco;
- Captar os RN para consulta de puericultura;
- Encaminhar RN de mães com toxoplasmose, HIV, sífilis e tuberculose para avaliação em Serviço de Referência.

5 RESULTADOS DO PROGRAMA

A função da etapa de avaliação de políticas públicas é acompanhar o andamento e a efetividade da mesma para que, independente do tempo, ela possa ser revisada e, de acordo com êxitos ou fracassos, possam ser

⁷ É chamado de puerpério o período que compreende a fase pós-parto, quando a mulher passa por alterações físicas e psíquicas até que retorne ao estado anterior à sua gravidez.

mantidas, expandidas, corrigidas ou mesmo descartadas, definitivamente. É um momento que pressupõe, dentre outros objetivos, a produção de informações para a melhoria dos aspectos técnicos e financeiros (eficiência e eficácia) das políticas implementadas.

O Programa Mãe Curitibana teve um grande destaque desde sua implantação em março de 1999 em homenagem ao Dia Internacional da Mulher (08/03). O programa completou 15 anos e é referência não só em Curitiba, mas em várias regiões do país. Mais de 200 mil mães já participaram do Mãe Curitibana e o programa já se tornou exemplo para projetos similares implantados no Rio Grande do Sul, Pernambuco, Paraná e na capital de São Paulo (CURITIBA, 2012).

Nas sessões que se seguem serão abordados aspectos quantitativos do Programa Mãe Curitibana, isto é, os resultados que o programa alcançou até o momento no que tange ao número de adeptas ao programa, bem como o efeito sobre a mortalidade materna e infantil e demais mudanças sociais que puderam ser observadas ao longo dos anos pós implantação.

Os dados aqui apresentados foram retirados dos Relatórios Anuais e Acompanhamentos dos Planos Operativos Anuais divulgados pela Secretaria Municipal de Saúde, bem como dos dados fornecidos pela Coordenação do Programa Mãe Curitibana.

5.1 VINCULAÇÕES

A vinculação ao Programa Mãe Curitibana é realizada pelos Agentes Comunitários que fazem a captação de gestantes na abrangência das UBS. No gráfico 1 podemos visualizar o número de gestantes vinculadas ao longo dos anos do período analisado.

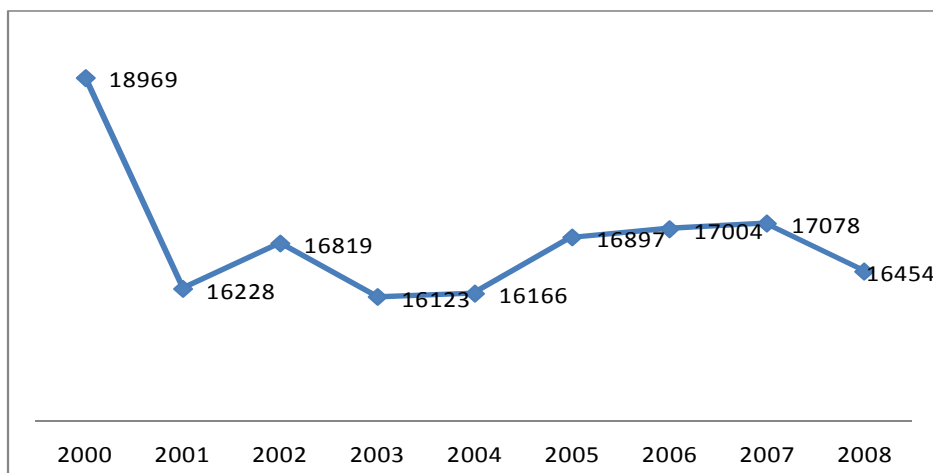


GRÁFICO 1 – VINCULAÇÕES AO PROGRAMA MÃE CURITIBANA NO PERÍODO DE 2000-2008

FONTE: O Autor, baseado em CURITIBA, 2008 (2014)

Observa-se uma flutuação no número de gestantes vinculadas durante o período analisado. O ápice se deu no ano de 2000 com 18.969 gestantes atendidas, totalizando uma cobertura de 97% de gestantes atendidas no SUS-Curitiba. Em 2001 já se verifica uma diminuição de 14,4% no total de vinculações. Comparando-se o primeiro dado coletado em 2000 quando 18.969 gestantes foram vinculadas e o último ano de análise desse estudo, em 2008, observa-se uma redução das vinculações na ordem de 13,25%. Nos anos seguintes observa-se pequenas variações anuais, que podem ser explicadas pela diminuição da natalidade nesses anos, conforme pode ser observado na tabela 1 e gráfico 2. Observa-se que no período analisado há pouca variação no número de nascidos vivos e uma tendência de redução na taxa de natalidade.

TABELA 1 – COEFICIENTE DE NATALIDADE POR 1000 NASCIDOS VIVOS EM CURITIBA NO PERÍODO DE 1997 A 2008

ANO	Nº DE NASCIDOS VIVOS	POPULAÇÃO RESIDENTE	COEF. DE NATALIDADE/1000
1997	29.028	1.516.468	19,1
1998	29.026	1.550.315	18,7
1999	29.520	1.584.232	18,6
2000	29.369	1.587.315	18,5
2001	27.090	1.620.221	16,7
2002	26.344	1.644.599	16,0
2003	24.807	1.671.193	14,8
2004	25.171	1.697.703	14,8
2005	24.442	1.757.903	13,9
2006	24.625	1.788.560	13,8
2007	24.375	1.818.948	13,4
2008	25.315	1.851.213	13,7

FONTE: CURITIBA (2008)

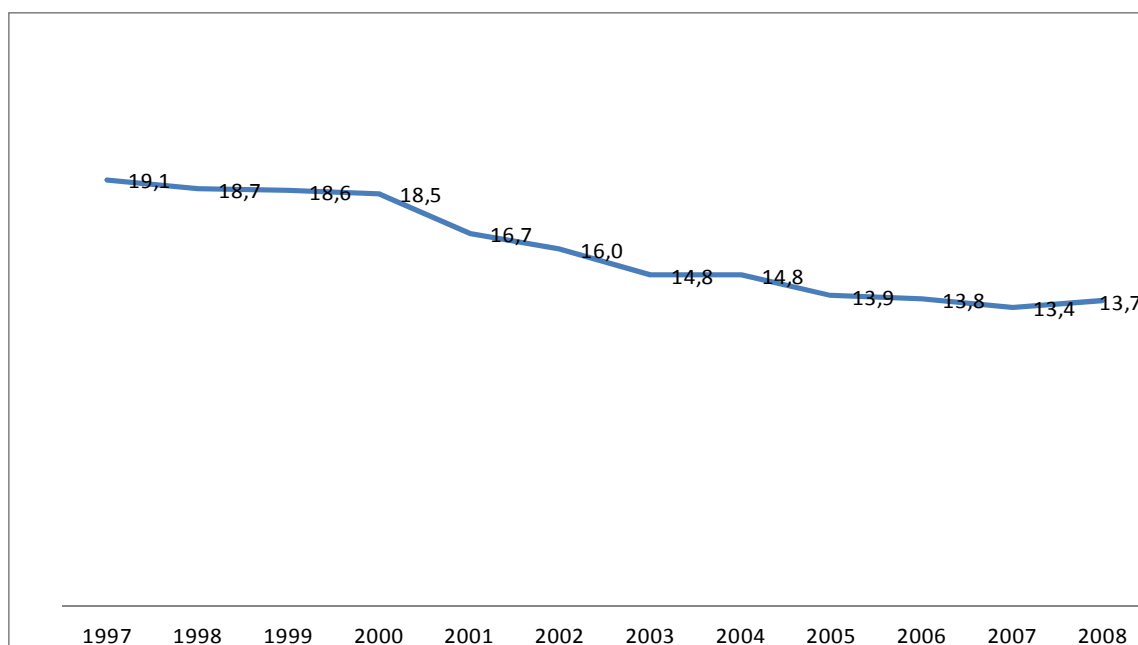


GRÁFICO 2 - COEFICIENTE DE NATALIDADE POR 1000 NASCIDOS VIVOS EM CURITIBA NO PERÍODO DE 1997 A 2008

FONTE: O Autor, baseado em CURITIBA (2008).

5.2 VARIÁVEIS CORRELACIONADAS COM A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA

A análise dos processos do programa Mãe Curitibana faz-se com relação a processos finais e, portanto, não estão considerados os processos

que se estruturam para as atividades meio. Onze processos (ou mudanças sociais) importantes são observadas para o cumprimento dos resultados finais do programa Mãe Curitibana: a vigilância epidemiológica no programa Mãe Curitibana; a captação precoce das gestantes; as consultas pré-natais; as consultas puerperais e de puericultura para o recém nascido; o pai presente; o planejamento familiar; a redução da gravidez na adolescência; a transmissão vertical de HIV; o aleitamento materno; os tipos de parto; e a cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade.

- Vigilância Epidemiológica

Opera com eventos em relação a HIV/AIDS, a sífilis congênita e a infecções nas gestantes. A origem da informação vem do laboratório que, diante de um teste positivo para HIV ou de VDRL ou uma urocultura positiva, aciona a coordenação do programa que, por sua vez, informa a unidade de saúde que tem que investigar as razões daquele evento.

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba implantou, em 1999, um sistema de vigilância da mortalidade infantil que se estrutura a partir de um monitoramento diário dessas mortes, por estabelecimento de ocorrência, permitindo acompanhar sua magnitude, identificar fatores de risco, avaliar a adequação de medidas de intervenção e reconhecer novas estratégias. Com esses objetivos, construiu-se uma metodologia que procurou dar conta do acompanhamento da mortalidade infantil de forma imediata e rápida, buscando identificar, precocemente, possíveis intercorrências pontuais, em cada um dos diferentes estabelecimentos hospitalares do município (MENDES, 2009). Valores acima do esperado desencadeiam uma sequência de ações: análise de cada óbito através de dados presentes na declaração de óbitos; observando o tipo de óbito; a causa da morte; o peso da criança ao nascer; e a idade gestacional. Quando esta análise aponta para intercorrências relativas à atenção recebida, uma análise mais detalhada é realizada em conjunto com o hospital.

Outro instrumento epidemiológico fundamental, utilizado rotineiramente no programa Mãe Curitibana, é a investigação dos óbitos maternos e infantis, realizada pelo Comitê Pró-vida de Prevenção da mortalidade materna e infantil

de Curitiba (Albuquerque et al, 2001). Seu objetivo é considerar a morte materna e infantil como eventos sentinela da atenção à saúde materna e infantil no município buscando identificar causas e fatores contribuintes para os óbitos; analisar a evitabilidade/redutibilidade das mortes; discutir e sugerir medidas de intervenção; conscientizar gestores, serviços, profissionais de saúde e comunidade sobre os efeitos das mortalidades materna e infantil, e aprimorar as estatísticas.

- A captação precoce das gestantes

O protocolo assistencial do programa Mãe Curitibana preconiza que as gestantes devem ser captadas até o 4º mês de gravidez. Uma análise dos resultados dessa captação precoce de gestantes está na Tabela 2.

TABELA 2 – PERCENTUAL DE GESTANTES INSCRITAS NO PROGRAMA MÃE CURITIBANA ANTES DO 4º MÊS DE GESTAÇÃO, PERÍODO 2000 A 2008

ANO	(%)
2000	...
2001	61%
2002	...
2003	78%
2004	78%
2005	78%
2006	78%
2007	83%
2008	83%

... Dado não disponível

FONTE: COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA (2009)

A tabela 2 permite duas conclusões: o percentual de captação de gestantes antes do 4º mês de gestação é bastante bom em termos de situação do SUS, onde a maior reclamação é relacionada a demora para marcação de consultas e apresenta uma tendência de crescimento nos últimos anos.

- As consultas pré-natais

O protocolo assistencial do programa Mãe Curitibana preconiza um número mínimo de 7 consultas como parâmetro de qualidade da assistência

Spré-natal. A Tabela 3 relaciona as consultas pré-natais em gestantes de baixo risco ofertadas pelo programa no período de 2003 a 2008. Os dados da Tabela 3 indicam que, desde 2004, a meta de 7 consultas de pré-natal foi atingida e desde então, tem se mantido.

TABELA 3 – CONSULTAS PRÉ-NATAIS OFERTADAS A GESTANTES DE BAIXO RISCO PELO PROGRAMA MÃE CURITIBANA, PERÍODO 1999 A 2008

ANO	NÚMERO DE CONSULTAS	NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS	NÚMERO DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM	NÚMERO MÉDIO DE CONSULTAS POR GESTANTE
1999	...	...	...	...
2000	...	...	...	...
2001	...	...	...	...
2002	...	...	...	...
2003	14.186	65.622	32.556	6,9
2004	14.416	74.745	27.685	7,1
2005	13.198	75.606	31.301	8,1
2006	14.113	82.709	35.369	8,4
2007	14.867	82.608	33.088	7,8
2008	15.561	83.339	37.093	7,7

...Dados não divulgados

FONTE: COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA (2009)

- As consultas puerperais e de puericultura para o recém nascido

O protocolo assistencial do programa Mãe Curitibana normatiza que deve ser ofertada, pela unidade de atenção primária à saúde, uma consulta puerperal e de puericultura para o bebê do 7º ao 10º dia após o parto. A Tabela 4 mostra o número de consultas médicas puerperais e de puericultura para o recém nascido por gestante oferecido pelo programa no período de 1999 a 2008.

TABELA 4 – NÚMERO DE CONSULTAS PUERPERAIS E DE PUERICULTURA PARA OS RECÉM-NASCIDOS OFERTADOS PELO PROGRAMA MÃE CURITIBANA, PERÍODO DE 1999 A 2008

ANO	NÚMERO MÉDIO DE CONSULTAS POR GESTANTE
1999	...
2000	...
2001	0,28
2002	0,72
2003	0,77
2004	0,92
2005	1,01
2006	1,13
2007	1,24
2008	1,32

...Dados não disponíveis

FONTE: COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA (2009)

Os dados da Tabela 4 indicam que a meta estabelecida no protocolo assistencial foi atingida no ano de 2005 e que apresenta uma tendência sustentada de aumento ao longo dos anos. De 2005 quando a meta foi atingida, até 2008 (último ano de análise desse estudo), o aumento de consultas puerperais foi de 30,69%.

- O pai presente

O pai presente é uma iniciativa relativamente nova do programa Mãe Curitibana que estimula os pais a participarem das consultas pré-natais, acompanhando as suas companheiras, fortalecendo os laços familiares, humanizando a atenção e melhorando sua qualidade. Apesar de sua introdução recente, no segundo quadrimestre de 2009, o percentual de pais que estiveram nas consultas pré-natais nas unidades de atenção primária à saúde atingiu 15% (COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA, 2009). Este número pode ser considerado baixo, em termos absolutos. Por outro lado, esta é uma prática que pode ser considerada pouco difundida no país, o percentual identificado permite estabelecer metas para ampliação do desempenho desta atividade.

- O planejamento familiar

A política de planejamento familiar do programa Mãe Curitibana está detalhada num protocolo assistencial específico sobre o tema, publicado em 2005 e atualizado em 2012. Ela está dirigida a mulheres e homens em idade fértil e prioriza as mulheres que apresentam um ou mais fatores de risco reprodutivo. O planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao programa Mãe Curitibana proporcionar recursos educacionais e científicos para a concretização dessa decisão. O programa está estruturado em três grandes áreas de intervenção: assistência à pré-concepção, infertilidade conjugal e assistência à anticoncepção.

A assistência à anticoncepção está centrada na educação e na utilização dos métodos anticoncepcionais. O programa Mãe Curitibana oferece aos casais diferentes métodos anticoncepcionais: métodos de abstinência periódica e natural; DIU, métodos hormonais orais; métodos hormonais injetáveis mensais e trimestrais; e métodos definitivos (laqueadura e vasectomia).

No período 2000 a 2008 foram realizadas 13.080 vasectomias e 10.393 laqueaduras. Em 2008 foram utilizados: métodos injetáveis mensais, 74.000; métodos injetáveis trimestrais, 33.000; pílula mensal, 230.000; minipílulas, 16.340; levonorgestrel 0.75 mg, 2.300; DIU, 3.000; preservativo masculino, 2.736.000 (COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA, 2009).

A efetividade das ações de planejamento familiar é considerada um dos fatores para a diminuição do coeficiente de natalidade, expresso pelo número de nascidos vivos por mil habitantes. Esse coeficiente manteve-se praticamente estável entre 1996 e 2000, respectivamente 19,5 e 18,5 nascidos vivos por mil habitantes. Após a introdução do programa esse coeficiente baixou de 18,5 nascidos vivos por mil habitantes em 2000 para 14,8 em 2004. O número de nascidos vivos em 2000 foi de 29.369 e em 2004, foi de 25.209, tendo, a partir deste ano, mantido-se estável (COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA, 2009).

- A redução da gravidez na adolescência

A redução da gravidez em adolescentes tem sido buscada por meio de ações de planejamento familiar e de outras ações desenvolvidas sob

a coordenação do Programa de Adolescentes da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. São desenvolvidas parcerias das unidades de atenção primária à saúde com recursos comunitários existentes nas áreas de abrangência dessas unidades que trabalham com adolescentes para a realização de grupos educativos e sensibilização para o atendimento de saúde.

O projeto Saúde e Prevenção nas Escolas é uma parceria das Secretarias Municipais de Saúde e Educação, Universidades, organizações governamentais e organizações não governamentais e, têm ampliado cada vez o número de escolas públicas beneficiadas com oficinas de educação sexual, acrescido de entrega de preservativos masculinos, de folders e guias para familiares e adolescentes sobre o tema da sexualidade. As atividades do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas atingiu, em 2009, 64 escolas, 46 unidades de saúde e um público de 58.500 estudantes. De 2003 a 2008 foram disponibilizados 115.173 preservativos masculinos pelas escolas pertencentes ao projeto. O Ônibus Adolescente Saudável, lançado em março de 2005, promoveu na comunidade, ações educativas de maneira itinerante e dá visibilidade aos talentos locais (COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA, 2009).

A Tabela 5 mostra a evolução da gravidez na adolescência desde a implantação do programa Mãe Curitibana.

TABELA 5 – NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL DE GRAVIDEZ EM MULHERES DE 10 A 19 ANOS, CURITIBA, PERÍODO DE 1999 A 2008

ANO	NÚMERO DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS	(%) DE GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES
1999	5.713	19,1%
2000	5.553	19,1%
2001	5.090	18,8%
2002	4.507	17,1%
2003	3.992	16,1%
2004	4.040	16,0%
2005	3.957	16,1%
2006	3.870	15,6%
2007	3.795	15,6%
2008	3.712	14,7%

FONTE: COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA (2009)

Os dados da Tabela 5 mostram uma tendência sustentada de queda da gravidez na adolescência no período de existência do programa Mãe

Curitibana. Em números absolutos a que foi de 5.713 casos em 1999 para 3.712 casos em 2008, o que corresponde a uma queda anual de 201 casos/ano. Em números relativos, a queda foi de 19,3% em 1999 para 14,7% em 2008, uma diminuição de 4,6%. Um percentual de gravidez na adolescência de 14,7% configura uma situação muito confortável no quadro brasileiro que em 2006 ainda estava em 19,7% e em 2011 alcançou a menor maca de 17,7% (IBGE, 2012).

- A transmissão vertical de HIV

O programa Mãe Curitibana normatiza em seu protocolo assistencial a prevenção da transmissão vertical do HIV.

A Tabela 6 mostra a razão de incidência de HIV em gestantes matriculadas no programa Mãe Curitibana. No período de 1999 a 2008, foram diagnosticadas 1.131 gestantes HIV positivas, o que significaria uma probabilidade de até 271 crianças adquirirem AIDS. Contudo, em função das intervenções do programa Mãe Curitibana, apenas 44 crianças se infectaram nesses dez anos.

TABELA 6 – RAZÃO DE GESTANTES MATRICULADAS NO PROGRAMA MÃE CURITIBANA NO PERÍODO DE 1999 A 2008

ANO	RAZÃO DE INCIDÊNCIA
1999	86
2000	151
2001	143
2002	126
2003	119
2004	119
2005	100
2006	85
2007	113
2008	89

FONTE: COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA (2009)

- O aleitamento materno

O aleitamento materno, no programa Mãe Curitibana, é promovido pelas seguintes ações principais: Programa de Aleitamento Materno (PROAMA) que apoia, incentiva e promove o aleitamento materno no município; o Programa Mama Nenê nos Centros Municipais de Educação Infantil de Curitiba que incentiva a continuidade do aleitamento materno ao disponibilizar espaço para amamentação e armazenamento de leite materno para ser oferecido às crianças na ausência de suas mães; e Postos de Coleta de leite humano localizados em unidades de atenção primária à saúde, uma delas a US Mãe Curitibana; e elaboração e distribuição de cartilha sobre amamentação infantil.

A avaliação do aleitamento materno em Curitiba foi feita pela II Pesquisa Nacional Sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida é uma pesquisa nacional realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O objetivo da pesquisa foi avaliar a situação do aleitamento materno e alimentação complementar em crianças menores de um ano nas capitais brasileiras e em outros municípios segundo critérios definidos pelos Estados, fornecendo subsídios para a avaliação e o planejamento das políticas de aleitamento materno no País. A pesquisa foi realizada durante a segunda etapa da Campanha Nacional de Multivacinação, em agosto do ano 2008. Sendo assim, esse estudo reflete a situação do município de Curitiba como um todo, e não somente da população usuária do programa Mãe Curitibana, pois abrange crianças de todas as regiões da cidade e de todas as classes sociais. Mas têm uma forte presença relativa das gestantes atendidas pelo SUS que são a grande maioria. Como o Ministério da Saúde coordenou uma pesquisa semelhante em 1999, ano de início do programa Mãe Curitibana, isso permitiu comparar os resultados desses dois anos.

O Gráfico 3 compara as prevalências de aleitamento materno exclusivo do 1º ao 6º mês devida nas duas pesquisas, dos anos 1999 e 2008.



GRÁFICO 3 - PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES DE VIDA NA CIDADE DE CURITIBA, ANOS 1999 E 2008

FONTE: SMS/CE/SISVAN/Curitiba (2009)

Para melhor compreensão dos resultados apresentados pela pesquisa, vale lembrar que o aleitamento materno exclusivo é aquele que a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas de xarope de vitamina minerais e/ou medicamentos. A análise do Gráfico 3 indica que a amamentação exclusiva no 4º mês aumentou de 31,6% no ano de 1999 para 42,4% no ano de 2008. Ou seja, aumentou o número de gestantes que passaram a alimentar exclusivamente seus bebês com leite materno até o 4º mês de vida. Porém, quando se verifica a amamentação no 6º mês de vida as prevalências mantiveram-se iguais, 14,1%, nos dois períodos de comparação. Observa-se também uma redução do aleitamento exclusivo a partir do 4º mês. Isso pode ser explicado pelo retorno das mães ao trabalho, e consequentemente das crianças em creches, o que dificulta a amamentação exclusiva.

- Os tipos de parto

A relação entre partos vaginais e partos cesáreos pode ser tomada como uma *proxy* da qualidade da atenção ao parto. A Tabela 7 mostra o percentual dos partos cesáreos em relação ao total de partos realizados pelo SUS em Curitiba, segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do

Ministério da Saúde. Em 2007 o percentual de partos cesáreos foi de 33,4%. Contudo, nota-se uma flutuação entre 30,2% e 34,4% no período analisado, com uma média para o período de 33,6%, o que pode ser considerado como uma tendência de estabilidade.

TABELA 7 - PERCENTUAL DE PARTOS CESÁREOS EM RELAÇÃO AOS PARTOS TOTAIS REALIZADOS PELO SUS EM CURITIBA, PERÍODO DE 1999 A 2008

ANO	(%) DE PARTOS CESÁREOS
1999	30,2%
2000	30,9%
2001	31,6%
2002	30,1%
2003	31,6%
2004	34,4%
2005	34,3%
2006	32,8%
2007	33,4%
2008	...

...Dados não disponíveis

FONTE: SIH/SUS trabalhados por SMS/CE/Curitiba (2009)

- A cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade

A cobertura vacinal do programa Mãe Curitibana pode ser visualizada na Tabela 8. Identifica-se uma cobertura vacinal próxima a 100% para todos os quatro tipos de vacina considerados.

TABELA 8 - COBERTURA VACINAL DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE, POR TIPO DE VACINA EM CURITIBA, PERÍODO 1999 A 2008

ANO	BCG	TRETAVALENTE	SABIN	HEPATITE B
1999	...	...	...	...
2000	...	...	...	...
2001	...	...	...	...
2002	103,1%	94,8%	95,3%	96,4%
2003	101,3%	96,9%	95,8%	93,1%
2004	101,8%	90,3%	91,7%	93,7%
2005	103,8%	97,6%	99,2%	99,0%
2006	102,8%	99,1%	98,7%	98,4%
2007	100,4%	97,6%	96,4%	95,8%
2008	104,2%	91,9%	95,6%	98,8%

...Dados não disponíveis

FONTE: SMS/CE/DI e SINASC/MS

5.3 TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA EM CURITIBA

A meta do programa Mãe Curitibana é a redução da mortalidade infantil. Essa meta constitui o objetivo final do programa que articula os esforços em termos de estruturas e processos, que focaliza as energias e os recursos da organização e que convoca a co-participação de atores sociais não governamentais. A meta mobilizadora do programa Mãe Curitibana desde o seu início é a redução da mortalidade infantil a um dígito para cada mil nascidos vivos.

O Gráfico 4 mostra a evolução do coeficiente de mortalidade infantil em Curitiba, no período de 1979 a 2008.

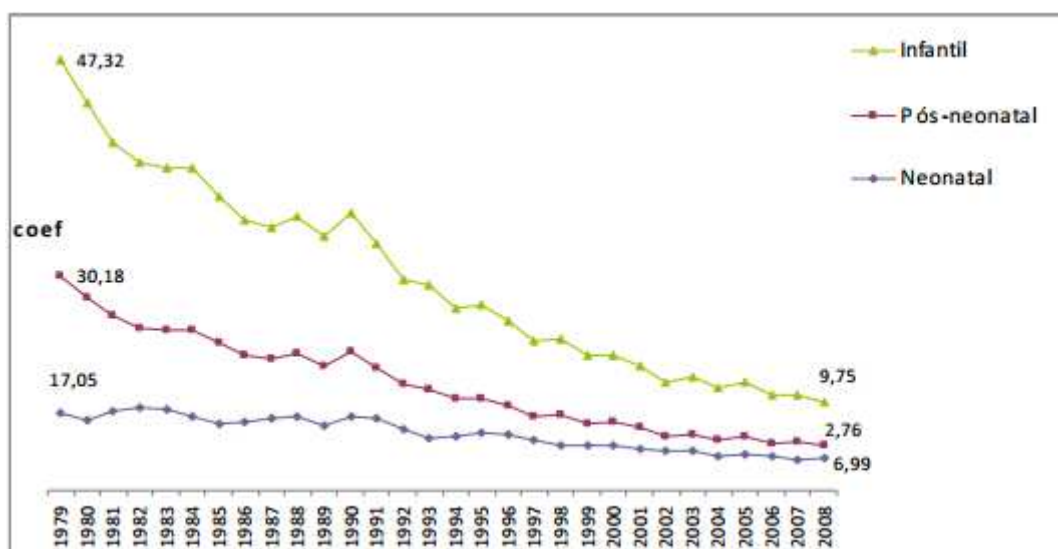


GRÁFICO 4: COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE POR MIL NASCIDOS VIVOS EM CURITIBA, PERÍODO 1979 A 2008

FONTE: COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA (2009)

A Tabela 9 indica coeficientes de mortalidade infantil em anos selecionados da série histórica mostrada no Gráfico 4. Observa-se uma queda sustentada de 79,4% do coeficiente de mortalidade infantil no período analisado. No componente de mortalidade neonatal a queda foi de 59% e no da mortalidade pós-neonatal foi de 90,85%. Isto indica que a meta mobilizadora de uma mortalidade infantil de um dígito foi alcançada em 2008 quando se

atingiu um coeficiente de 9,75 mortes em menores de 1 ano por mil nascidos vivos.

TABELA 9 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL EM MENORES DE 1 ANO POR MIL NASCIDOS VIVOS EM CURITIBA, ANOS SELECIONADOS

ANO	COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL
1979	47,32
1990	30,47
2000	14,85
2004	11,16
2005	11,19
2006	10,31
2007	10,5
2008	9,75

FONTE: COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA (2009)

A evolução da mortalidade materna em Curitiba é mostrada na Tabela 10. Os dados mostram que tem havido uma flutuação nos valores da razão de morte materna.

TABELA 10 - RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA POR CEM MIL NASCIDOS VIVOS EM CURITIBA, 1999 A 2008

ANO	NÚMERO DE ÓBITOS	COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA
1999	21	70,9
2000	10	34
2001	14	51,7
2002	7	26,6
2003	8	32,3
2004	22	87,4
2005	8	32,7
2006	16	64,7
2007	8	32,8
2008	11	43,4

FONTE: COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA (2009)

A comparação nacional pode ser vista no gráfico 5. Observa-se que a mortalidade no Brasil está bem acima do que o encontrado em Curitiba (com exceção do ano de 2004, onde a razão ficou maior). Em Curitiba, em 2008, a razão ficou em 43,4 mortes, enquanto no Brasil esta razão ficou em 71 mortes para cada 100 mil nascidos vivos. Se fizermos uma média desses valores,

encontramos uma razão de 52,27 mortes maternas em Curitiba contra 74 no Brasil, entre 2001 e 2008.

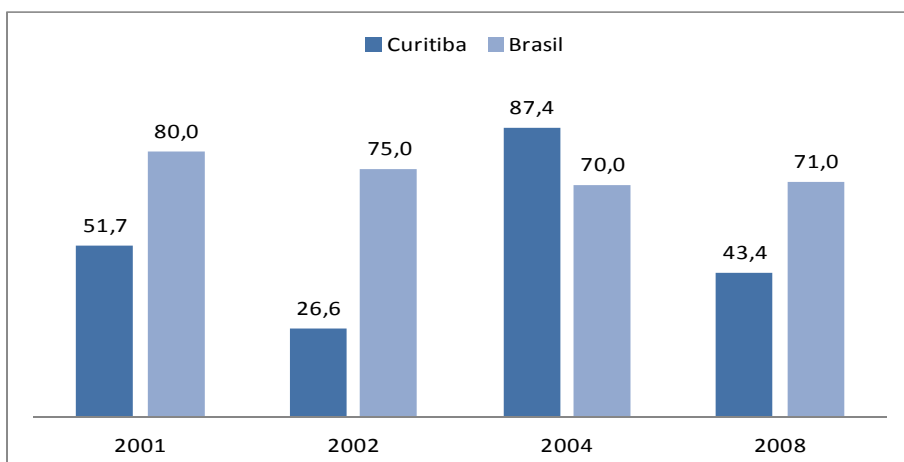


GRÁFICO 5 - RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA POR CEM MIL NASCIDOS VIVOS EM CURITIBA E BRASIL EM ANOS SELECIONADOS
FONTE: O autor (2014), baseado em CURITIBA (2012)

5.4 CONTROLE DE QUALIDADE DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA

O Programa Mãe Curitibana completou 15 anos de implantação em 2014. Nesses 15 anos muitos aperfeiçoamentos foram realizados, visando o controle de qualidade e constante aperfeiçoamento do mesmo. A avaliação do programa é feita de forma constante visando atingir as metas estipuladas e ser modelo no atendimento à gestante, ao recém-nascido e ao momento puerperal.

Uma vertente importante para se garantir a qualidade e o sucesso do programa é a realização de treinamentos com os profissionais da saúde, principalmente onde os indicadores estão mais alarmantes, atuando no incentivo ao aleitamento materno e no auxílio para o Planejamento Familiar pós-parto, com orientação e oferecimento de meios anticoncepcionais. O Centro de Educação em Saúde (CES) da Secretaria Municipal da Saúde gerencia o desenvolvimento do conhecimento técnico e científico do servidor, por meio de treinamentos e capacitações, participação em cursos, congressos e eventos externos à SMS, obtenção de bolsas de estudo de ensino médio e de pós-graduação na área de saúde, administração de estágios curriculares

das instituições de ensino conveniadas e do encaminhamento de solicitações de pesquisa e voluntariado na rede.

Ademais, o sistema de informatização é outro fator de suma importância. Através do prontuário eletrônico é possível monitorar cada gestante, o qual se apresenta como uma ferramenta essencial.

Também para garantir a qualidade do atendimento, realiza-se uma Avaliação de Qualidade com todas as mães, 15 dias após o parto, que dará base para atuação junto à Comissão Saúde da Mulher.

Pensando na comunicação, há uma reunião trimestral entre o Coordenador da área e os diretores de hospital conveniados, a fim de realizar um *feedback* sobre o que aconteceu de positivo ou o que pode ser melhorado. É realizado auditorias em todas as maternidades do Programa Mãe Curitibana. Observa-se nesse quesito a preocupação em vincular mais maternidades e aumento do leitos disponíveis.

Ainda assim, o programa é incrementado anualmente, como o Pai Presente, que estimula sua participação em oficinas e a realização de testes. O Programa Pacto pela Vida que foi implantado em março de 2001, em conjunto com o Programa Mãe Curitibana com o objetivo de implementar ações que visam a redução da mortalidade infantil em Curitiba. O Programa Adolescente Saudável que visa orientar os adolescentes quanto as DSTS e reduzir a gravidez precoce. A Rede Cegonha que é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia em Curitiba foi incrementada ao Programa Mãe Curitibana e tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil. O programa de AIDS e DSTs de Curitiba segue prioritariamente as instruções do modelo de tratamento do Ministério da Saúde, o qual já foi reconhecido internacionalmente há alguns anos como exemplo. Em particular, o município foi um dos primeiros a realizar o teste rápido gratuitamente. Esse fato esteve em consonância com outros programas da SMS, como o Mãe Curitibana para evitar a transmissão vertical – em que o feto é contaminado com a doença da

mãe. Atualmente existe esforço para expandir, além das cinco Unidades de Referência no assunto, atendimento em todas as UBS.

Características como, grande escala, alta complexidade, inovação, e humanização, sublinham as dificuldades para a implantação do Mãe Curitibana e acentuam a qualidade dos resultados obtidos. Utilizando a estrutura física das unidades de saúde e os recursos humanos disponíveis, a operacionalização do programa consistiu basicamente na criação e aplicação de “manuais” chamados de protocolos de atendimento. Esses protocolos são seguidos rigorosamente e não é difícil ver nos locais de trabalho exemplares abertos, rabiscados e grifados, demonstrando que de fato eles orientam os atendimentos. Tais protocolos são atualizados sempre que necessário.

No período analisado foi criado o Comitê Pró-Vida, que atua identificando e investigando os casos de mortalidade ocorridos no município.

Dado a repercussão e o sucesso, durante o período analisado o Programa Mãe Curitibana foi escolhido pelo Programa Gestão Pública e Cidadania, da Fundação Getúlio Vargas e Fundação Ford, como um dos 20 melhores programas de Gestão Pública do país. Ainda, o Programa Mãe Curitibana participou do prêmio “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio Brasil”, ficando entre os semifinalistas. O programa foi premiado pela ODM (Objetivos de desenvolvimento do milênio Brasil) na meta redução da mortalidade infantil, coordenada pela Secretaria Geral da Presidência da República, em parceria com o Programa Nacional das Nações Unidas para o desenvolvimento (PNUD) e com o Movimento Nacional pela Cidadania e solidariedade (MENDES, 2009).

O Programa Mãe Curitibana é uma política pública em constante avaliação e atualização. A cada ano são realizadas e pensadas novas formas de manter a qualidade, garantido assim a eficácia da política.

CONCLUSÃO

O programa Mãe Curitibana é uma experiência bem sucedida de atenção à mulher e à criança no SUS. As razões para este sucesso devem-se a variáveis contextuais, externas ao programa, e a variáveis internas ao programa.

As variáveis contextuais que podem influir nos resultados do programa Mãe Curitibana referem-se à gestão competente observada na cidade, criando assim um ambiente político-administrativo favorável, bem como a uma política de saúde que funciona. A política de saúde do SUS, aplicada em Curitiba, tem base na descentralização, na orientação para as pessoas usuárias e na padronização dos procedimentos articulados com uma gestão orientada para o desempenho.

A variável interna fundamental é a organização do programa Mãe Curitibana como uma rede de atenção à saúde, superando a (des)organização dos sistemas fragmentados.

A construção social da rede de atenção à saúde Mãe Curitibana levou a processos bem concebidos e operados. De onze processos analisados, nove tiveram desempenhos muito favoráveis.

Certamente, os processos levaram a bons resultados. A meta mobilizadora de um coeficiente de mortalidade infantil de um dígito por mil nascidos vivos foi alcançada no ano de 2008. Essa comemoração é fundamental, mas não deve obscurecer o fato de que a maior parte das mortes continua sendo por causas evitáveis.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. C. de □ Comitê Pró-Vida de prevenção da mortalidade materna e infantil de Curitiba. In: DUCCI, L. et al. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES, 2001.

Baiochi E, Nardoza LMM. Aloimunização. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2009; 31(6): 311-319

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos Brasil 2009. Taxa de Mortalidade Infantil 1997-2000. Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2009/c01a.htm> Acesso em 19 abr.2011

CASTRO, J. A. de. **O ciclo de políticas públicas**. In: SEMANA DE ADMINISTRAÇÃO ORÇAMENTÁRIA, FINANCEIRA E DE CONTRATAÇÕES PÚBLICAS, 2009.

CAVALCANTI, Paula Arcoverde. **Sistematizando e comparando os enfoques de avaliação e de análise de políticas públicas**: uma contribuição para a área educacional. 2007. 289f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP: UNICAMP, 2007

COMISSÃO DE SAÚDE DA MULHER □ Puérperas, parto vaginal e maternidades SUS: pesquisa de satisfação. Curitiba, Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, 2008

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. Ciência & Saúde Coletiva, vol.11(3):705-712,2006.

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA □ Programa Mãe Curitibana, 10 anos. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

CUNHA, E.; Elonora, S.M. **Políticas Públicas Sociais**. In: CARVALHO, Alysson (outros/orgs.): Políticas Públicas. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002 (p. 11-25).

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório anual de Gestão 2008. Curitiba, 2009.

_____._____.Secretaria Municipal de Saúde. Relatório anual de Gestão 2011. Curitiba, 2012.

_____._____.Acompanhamento do Plano Operativo Anual 2001. Relatório comparativo 2000-2001. Curitiba, 2001.

_____._____.Acompanhamento do Plano Operativo Anual 2010. Relatório comparativo 2009-2010. Curitiba, 2010.

_____._____. Pré-Natal, Parto, Puerpério e Cuidados ao Recém-Nascido. Protocolo de atendimento. Curitiba, 2012.

Gutman L. Gonococcal diseases in infants and children. In: Holmes KK, Mardh P-A, Sparling PF, Weisner PJ, Cates W Jr, Lemon SM, et al., eds. Sexually transmitted diseases. New York: McGraw-Hill Inc; 1999. p.1146

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de Registro Civil, 2012.

KOZU, K. T. *et al.* **Mortalidade Infantil**: Causas e Fatores de Risco. Um Estudo Bibliográfico. [S.I.].[199-]. Disponível em: <http://www.medstudents.com.br/original/original/mortinf/mortinf.htm> Acesso em:19 abr.2011

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MS. Ministério da Saúde do Brasil. Formulário Terapêutico Nacional. Rename. Brasília-DF, 2010.

PORTO, D. **Programa Mãe Curitibana**. In: BARBOZA, H.B; SPINK, P. (orgs). 20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania – Ciclo de Premiação 2001. São Paulo, 2002.

SOUZA,C. **Políticas Públicas**: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre, nº 16, July/Dec.2006. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>>. Acesso em 19 de abr. 2011.

SMS/CE/SISVAN/Curitiba □ Boletim, no prelo, 2009.

United State Preventive Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd edition. Baltimore (MD): Williams & Wilkins, 1996.

WEISS, Carol.H. Evaluation. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1997.

WORTTHEN, B.R.; SANDERS, J.R.; FITZPATRICK,J.L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Editora Gente, 2004.

WHO – World Health Organization. Critérios Médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais. Ginebra, 1999. Disponível em < HTTP://APPS.WHO.INT/IRIS/HANDLE/10665/43150?MODE=FULL&SUBMIT_SIMPLE=MOSTRAR+LA+FICHA+COMPLETA+DEL+ELEMENTO+>. Acesso em 23 de Nov.2014